BEOBACHTUNGEN ZUR STILLFREQUENZ IN ABHÄNGIGKEIT VON DIDAKTISCHEN VERÄNDERUNGEN IN DER GEBURTSHILFLICHEN KLINIK

DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DES GRADES EINES DOKTORS DER MEDIZIN DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

VORGELEGT VON

MARIA VON DITFURTH

1981

1982

AUS DER KINDERKLINIK B DER UNIVERSITÄT DÜSSELDORF
DIREKTOR: PROF. DR. EBERHARD SCHMIDT

BEOBACHTUNGEN ZUR STILLFREQUENZ IN ABHÄNGIGKEIT VON DIDAKTISCHEN VERÄNDERUNGEN IN DER GEBURTSHILFLICHEN KLINIK

DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DES GRADES EINES DOKTORS DER MEDIZIN DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

VORGELEGT VON

MARIA VON DITFURTH

1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf
gez.:
Prof. Dr. Manfred Straßburg

Referent
gez.:
Prof. Dr. E. Schmidt

Korreferent
gez.:
Priv.-Doz. Dr. Terinde

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung und Fragestellung 3

II. Methodik
1. Praktische Durchführung der Erhebung 4
2. Die Fragebögen 4
3. Die geänderten Variablen der Gruppe II 11
A Informationen für die Schwestern über das Stillen 11
B Informationen für die Wöchnerinnen über das Stillen 11
C Frühes Anlegen der Neugeborenen 11
4. Vergleichbarkeit der Gruppen
A Anzahl der Befragten nach ihren Nationalitäten 12
B Soziale Schichtung der Gruppen I und II 12
C Rooming-in Häufigkeit 13
D Sectio Häufigkeit 14
E Morbiditätsrate der Neugeborenen 14
F Geschlechtsverteilung 15

III. Ergebnisse und Diskussion
1. Hauptergebnisse
A Stilldauer und Stillfrequenz der Gruppen I und II
a) Stillsituation am 5. Tag, nach 3 Monaten, nach 6 Monaten 16
b) Zeitpunkt des Abstillens 19
c) Drei-Variablen Problem 21
d) Antwortfrequenz 22
e) Vergleich der Stillhäufigkeit mit Finnland 23
B Der Einzelaspekt " Hautkontakt "
a) Ergebnisse 23
b) Diskussion 26
C Der Einzelaspekt " Frühanlegen " 26
2. Selbsteinschätzung der Stillfähigkeit durch die Mütter 30

3. Gründe für Flaschenmilchernährung 32
4. Gründe für den Rückgang der Milchproduktion aus der Sicht der Mütter 34
5. Informationsquellen
A Hauptinformationsquellen 36
B Mangelnde Informationen durch den medizinischen Versorgungsbereich 37
C Reaktionen der Frauen 38
D Einfluß der Industrie 39
6. Zusammenfassung 40
7. Literaturangaben 42

I Einleitung und Fragestellung

In den letzten Jahren ist eine Steigerung der Stillfrequenz in den europäischen Ländern zu beobachten. Das stillfreudigere Verhalten ist mit einer Verbesserung der äusseren Gegebenheiten und durch das Eingehen auf die Stillphysiologie zu erklären. Mit Hilfe dieser Untersuchung soll die These überprüft werden, ob Stilldauer und Stillfrequenz durch organisatorische Änderungen in der Frauenklinik zu steigern sind.

Gewählt wurden drei Merkmale, die variiert wurden:

A Gezielte Information des Pflegepersonals über das Stillen

B Gezielte Information der Wöchnerinnen über das Stillen

C Frühes Anlegen der Neugeborenen.

II, 1 Praktische Durchführung der Erhebung

Mit Hilfe eines standardisierten Interviews wurden zwei Gruppen von Wöchnerinnen über einen Zeitraum von maximal sechs Monaten beobachtet. Die Gruppen I und II setzten sich aus jeweils 152 befragten Müttern zusammen, die in dem Zeitraum vom
06.06.1978 - 14.08.78 und
22.01.1979 - 19.04.79 in der Universitäts Frauenklinik Düsseldorf von einem Kind entbunden wurden. Alle Mütter wurden befragt, es fand keine Selektion statt.
5 Ausnahmen sind zu erwähnen:
1 Mutter, die die Fragen als zu persönlich empfand und daher nicht interviewt werden wollte
1 Mutter, die in schlechter physischer Verfassung war
1 Mutter, die ihr Kind zur Adoption freigegeben hatte
2 Mütter, die Ausländerinnen waren und die Fragen nicht ausreichend verstanden.
Die Mütter wurden am fünften Tag nach der Entbindung besucht und ihnen wurden die Fragen des Fragebogens I gestellt. Stillten die Frauen oder beabsichtigten sie ihr Kind zu stillen, erhielten sie nach drei Monaten Fragebogen II. Die Mütter, die nach drei Monaten ihr Kind noch stillten, bekamen nach weiteren drei Monaten, wenn das Kind sechs Monate alt war, wieder Fragebogen II zugeschickt.

II, 2 Die Fragebögen

Abgedruckt sind:
Fragebogen I , mit dem die Mütter am fünften Tag nach der Entbindung im Krankenhaus befragt wurden
Fragebogen II, der den stillwilligen und stillenden Müttern nach drei Monaten und gegebenenfalls nach sechs Monaten nach Hause zugeschickt wurden.

MEDIZINISCHE EINRICHTUNGEN
DER UNIVERSITÄT DÜSSELDORF
Kinderklinik und Poliklinik

NAME

Mit Hilfe dieses Fragebogens wollen wir erfahren, welche Vorstellungen Sie über d. Pflege und Ernahrung Ihres Kindes haben. Für Ihre Hilfe und Auskunft danken wir Ihnen.

Wie ernähren Sie Ihr Kind?
- ausschließl. mit künstl. Milchprod. (mit d. Flasche) ☐
- es wird nur gestillt ☐
- es wird gestillt und erhält Flaschenmilch zugefüttert ☐
- wenn d. Mutter stillt - wie lange wollen Sie Ihr Kind stillen? .....
  .....

Woher haben Sie Ihre Informationen über Säuglingsernahrung erhalten?

Ich erhielt keine Informationen. ☐

Ich erhielt meine Informationen über Säuglingsernahrung:	Welche Einstellung zum Stillen wurde vermittelt? Stillfreudig	Neutral	Ablehnend
im Read Kursus	☐	☐	☐
in d. Schwangerenvorsorge, Frauenarzt	☐	☐	☐
in d. Schwangerenvorsorge, Klinik	☐	☐	☐
aus Büchern, Zeitschriften, etc.	☐	☐	☐
von Nachbarn, Freunde, Verwandt.	☐	☐	☐
aus eigener Erfahrung durch frühere Geburten	☐	☐	☐

Haben Sie die anderen Kinder gestillt? ja ☐ nein ☐

1. Kind ja ☐ nein ☐ zT. ☐
2. Kind ja ☐ nein ☐ zT. ☐
3. Kind ja ☐ nein ☐ zT. ☐
4. Kind ja ☐ nein ☐ zT. ☐

Machen Sie "rooming-in"? ja ☐ nein ☐

Waren Sie schon einige Zeit vor d. Entbindung stationär im Krankenhaus? ja ☐ nein ☐

Wie lange vor d. Geburt? .....

Warum? .....

Waren Sie während d. Schwangerschaft zwischenzeitlich stationär im Krankenhaus? ja ☐ nein ☐

Wie oft? ..... Wie lange? (insgesamt).....

Wurde Ihr Kind zwischenzeitlich in d. Kinderklinik verlegt?

nein ☐ ja ☐ warum? .....

Liegt es noch dort? ja ☐ nein ☐ wie lange lag es dort? .....
.....

Wie lange nach d. Geburt wurde es dorthin verlegt? .....

Wird/wurde Ihr Kind während d. Aufenthalts in d. Kinderklinik mit Ihrer Muttermilch ernährt, oder mit künstl. Milchprodukte?

es erhielt d. ganze Zeit Muttermilch ☐

es erhielt zeitweise Muttermilch ☐

es erhielt d. ganze Zeit künstl. Milchprod. ☐

Wie lange hatten Sie nach d. Geburt Kontakt mit Ihrem Kind?

unmittelbar nach d. Geburt (ungebadet, unbekleidet) .....

nachdem das Kind fertig gemacht war (gebadet, angezogen) .....

ich hatte nur Blickkontakt mit dem Kind ..... Min.

GESTILLTE KINDER

Wie lange nach d. Geburt wurde d. Kind zum 1. mal angelegt? .....

Wurde d. Kind schon im Kreissaal angelegt? ja ☐ nein ☐

Wie oft am Tage wird d. Kind angelegt? .....

Wird das Kind vor und nach d. Stillen gewogen? ja ☐ nein ☐

Glauben Sie, daß Ihre Milch reichen wird?

sie wird reichen ☐ sie wird nicht reichen ☐

sie wird wahrscheinlich reichen ☐

Wird zugefüttert? ja, immer ☐ ja, manchmal ☐ nein ☐

Wie wird d. Kind angelegt? regelmäßig ☐ etwa regelmäßig ☐
unregelmäßig ☐

Wie stehen folgende Personengruppen dazu, daß Sie stillen?

	neutral	bekräftig.	unentschied.	ablehn.	nicht um d. Meinung gefragt
Ehemann, Partner	☐	☐	☐	☐	☐
Großeltern, mütterl.	☐	☐	☐	☐	☐
Schwiegereltern	☐	☐	☐	☐	☐
Verwandte, Freunde	☐	☐	☐	☐	☐
Frauenärzte	☐	☐	☐	☐	☐
Hebammen	☐	☐	☐	☐	☐
Schwestern- Tag	☐	☐	☐	☐	☐
Nacht	☐	☐	☐	☐	☐
Schülerinnen	☐	☐	☐	☐	☐
Hauspersonal (Putzfrau .....)	☐	☐	☐	☐	☐

Wie empfinden Sie d. Organisation und d. äußeren Umstände hier im Krankenhaus in Bezug auf d. Verwirklichung Ihres Stillwillens?

Sind Sie zufrieden mit d. Stillzeiten? ja ☐ nein ☐

Sind Sie zufrieden mit d. Dauer d. Stillzeit? ja ☐ nein ☐

Sind Sie zufrieden mit d. Aufklärung über d. Stillen? ja ☐ nein ☐

Sind Sie zufrieden mit d. Zeitpunkt d. 1. Anlegens? ja ☐ nein ☐

Fühlen Sie sich gestört durch d. strenge Benutzung d. Waage? ja ☐ nein ☐

Sonstiges .....

NICHT GESTILLTE KINDER

Wurde bei Ihnen ein Anlegeversuch durchgeführt? ja ☐ nein ☐

Wie oft wurde er wiederholt? .....

Welche Gründe haben dazu geführt, daß Ihr Kind mit d. Flasche ernährt wird?

Krankheit d. Mutter ☐

Persönliche Gründe d. Mutter ☐

andere Gründe d. Mutter .....

d. Milch reicht nicht ☐

d. Kind ist unreif, Frühgeburt ☐

d. Kind hat eine allgemeine Trinkschwäche ☐

d. Kind ist krank ☐

d. Kind verträgt keine Muttermilch ☐

Für Mütter die stillen wollen, aber nicht stillen können

Können Sie sich vorstellen, warum Sie nicht stillen können? .....

.....

Wie ist zur Zeit Ihr Familienstand?

verheiratet ☐

getrennt lebend ☐

geschieden ☐

verwitwet ☐

ledig ☐

Wie alt sind Sie?

Welche Nationalität haben Sie?

Welche Nationalität hat Ihr Ehemann, Partner?

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie zur Zeit aus? .....

.....

(genaue Angabe: Steuerinspekt. beim Finanzamt, nicht Beamte
Buchhalterin in eine Lebensmittelg., nicht Angestellte)

Welche Schule haben Sie zuletzt besucht?

Sonderschule ☐
Volksschule ☐
Realschule ☐
Oberschule bis MR ☐
Oberschule ☐
Keine Schule ☐

Wie haben Sie d. Schulbesuch beendet? mit entspr. Abschluß ☐
ohne entspr. Abschluß ☐

Welche berufl. Tätigkeit übt Ihr Mann/Partner zur Zeit aus? .....
.....

Welche Schule hat er zuletzt besucht? Sonderschule ☐
Volksschule ☐
Realschule ☐
Oberschule bis MR ☐
Oberschule ☐
Keine Schule ☐

Wie hat er d. Schule beendet? mit entsprechend. Abschluß ☐
ohne entsprechend. Abschluß ☐

Die wievielte Schwangerschaft ist dies? .....

Hatten Sie einmal eine Fehlgeburt, Totgeburt? Wieviele .....

Haben Sie eine chron. Krankheit? ja ☐ nein ☐
welche? .....

War d. Geburt termingerecht? ja ☐ nein ☐
zu früh geboren? < 37 SW ☐ zu spät geboren? > 42 SW ☐

War es eine normale Geburt? ☐
War es ein Kaiserschnitt? ☐
War es eine Zangengeburt (sauggl.)? ☐

APGAR Note .....
Geburtsgewicht .....
Geburtskompl. .....
Aufenthalt im Brutkasten? ja ☐ nein ☐ wie lange? .....
Anomalie d. Kindes?
Geschlecht d. Kindes

PROF. DR. EBERHARD SCHMIDT
DIREKTOR DER KINDERKLINIK D
DER UNIVERSITÄTS-KINDERKLINIK

4000 DÜSSELDORF 1, den
Moorenstraße 5 · Telefon 33 44 44

Sehr geehrte Frau

Im Rahmen unserer Befragung zur Säuglingsernährung wollen wir Ihnen - wie bereits im Krankenhaus angekündigt - nochmals einige Fragen stellen.
Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffenden Aussagen an.

A.) Stillen Sie Ihren Säugling noch?

JA, ICH STILLE DAS KIND NOCH

Ich stille es voll ☐

Ich stille und füttere die Muttermilch z.T. abgepumpt aus der Flasche ☐

Ich stille und füttere zum Teil künstliche Milchprodukte zu. ☐

Wie oft pro Tag geben Sie dem Kind die Brust? ....mal

Wie oft pro Tag geben Sie dem Kind die Flasche? ....mal

Wie alt war Ihr Kind, als Sie begannen ihm auch die Flasche zu geben? ....Monate/Wochen

Da Sie Ihr Kind noch stillen, erlauben wir uns, Ihnen nach weiteren drei Monaten noch einmal einige Fragen zu stellen.

NEIN, ICH STILLE NICHT MEHR

Das Kind bekommt ausschließlich künstliche Milchprodukte ☐

Das Kind bekommt künstliche Milchprodukte und abgepumpte Muttermilch ☐

Das Kind bekommt nur abgepumpte Muttermilch ☐

Wie alt war Ihr Kind, als Sie aufhörten es voll zu stillen? (Angabe bitte in Monaten bzw. Wochen)

.....Monate/Wochen

Wie alt war Ihr Kind, als Sie es gar nicht mehr stillten?

.....Monate/Wochen

B.) Man hört häufig, daß die Milchproduktion zurück geht, wenn die Mütter zu Hause sind. Darüber gibt es wohl die unterschiedlichsten Gründe.
Kreuzen Sie bitte die Aussagen an, die für Sie zutreffen.

Ich glaube, daß die Milchproduktion nicht beeinflußbar ist ☐

Ich glaube, daß der Rückgang der Milchproduktion psychiche Ursachen hat ☐

Ich glaube, daß die Milchproduktion durch Äußere Faktoren beeinflußt wird ☐

Als äußere Faktoren treffen für mich zu:

Die Arbeit in Haushalt und Familie ☐

Mein Beruf ☐

Krankheit ☐

Die einfache Herstellung der Flaschennahrung, die ich durch die Geschenke und Proben der Säuglingsnahrungsfirmen kennenlernte ☐

Vielen Dank für Ihre Hilfe und Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

....

Prof. Dr. E. Schmidt Maria von Ditfurth

II, 3 Die geänderten Variabeln der Gruppe II

Da nicht nur eine einmalige Erhebung der Stillsituation an der Universitäts Frauenklinik durchgeführt werden sollte, sondern die Möglichkeit der Stillförderung in Abhängigkeit von organisatorischen Änderungen untersucht werden sollte, wurden nach Beendigung der Befragung von Gruppe I, die die Kontrollgruppe darstellt, Veränderungen im Umgang mit den Neugeborenen, den Müttern und dem Pflegepersonal eingeführt, um ein eventuell unterschiedliches Stillverhalten der Gruppe II feststellen zu können.
Die geänderte Situation der Gruppe II ist nachfolgend näher erläutert:

A Information für die Schwestern über das Stillen

Vor allem die Schülerinnen konnten im Unterricht angesprochen werden, da sie noch relativ unvoreingenommen waren und nicht auf eine jahrelange eigene Praxis der Handhabung des Stillproblems zurückgreifen konnten. Es fanden zwei Kursstunden für jede Klasse statt.
Bei den älteren Schwestern zeigte sich Skepsis gegenüber der neuen Einstellung zum Stillen, da sie bereits feste Vorstellungen und Verhaltensweisen im Umgang mit dem Stillen der Neugeborenen hatten.

B Information für die Wöchnerinnen über das Stillen

Wöchentliche Seminare wurden für die jungen Mütter über das Stillen durchgeführt, in denen die Frauen mit dem Kinderarzt ihre persönlichen Stillprobleme besprechen konnten.

C Frühes Anlegen der Säuglinge

Nicht alle Säuglinge konnten im Kreissaal sofort angelegt werden. Ob das Neugeborene sogleich nach der Geburt die Brust gereicht bekam oder nicht, war abhängig

- vom Wachheitsgrad des Neugeborenen (Barbituratdosis der Mutter unter der Geburt)
- vom diensthabenden Frauenarzt (sah er die Notwendigkeit und Vorteile des Frühanlegens ein oder nicht)
- von der Persönlichkeit der Mutter und ihrer Kraft, sich gegebenenfalls gegen die Einstellung des Arztes zu stellen und ihre Vorstellung durchzusetzen.

II, 4 Vergleichbarkeit der Gruppen

A Anzahl der Befragten und ihre Nationalität

Durch die Untersuchung einiger Merkmale soll die relative Homogenität und Vergleichbarkeit der Gruppen I und II aufgezeigt werden.

	I	II
Nord-Europa + USA	126	136
Mittelmeerraum	21	14
Asien	1	1
Andere	4	1
n	152	152

Beide Gruppen setzen sich aus der gleichen Anzahl Befragter zusammen. Auch die Verteilung der Nationalitäten zeigt keinen signifikanten Unterschied, den man als mitverantwortlich für ein unterschiedliches Stillverhalten ansehen könnte.

B Soziale Schichtung der Gruppen I und II

In beiden Gruppen zeigte sich die Verteilung des Sozialstatus wie folgt:

	I	II
Obere Schicht	17,8 %	17,8 %
Mittlere Mittelschicht	28,9 %	30,3 %
Untere Mittelschicht	19,7 %	20,4 %
Obere Unterschicht	23,7 %	19,7 %
Untere Schichten	9,9 %	11,8 %

Erhoben wurde der Sozialstatus nach der erweiterten sozialen Selbsteinschätzung (SSE) von Kleining und Moore (16). Da sich kein signifikanter Unterschied in den sozialen Strukturen zeigte, sind die Gruppen I und II in Bezug auf dieses Merkmal vergleichbar.
Die Frage, ob die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schicht auch zu einem bestimmten Stillverhalten prädisponiere, wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Gilbert, Martinez und Naleszienski schreiben in ihrem Aufsatz " The Recent Trend in Breastfeeding ", daß sie kein schichtspezifisches Stillverhalten feststellen konnten (11). Im Gegensatz dazu beobachten andere Autoren, daß in anderen Ländern in höheren Schichten länger gestillt wird (4, 3,).
Von der Überlegung ausgehend, daß in unserer Untersuchung zu viele neue Variablen, wie zum Beispiel die stillfördernden Maßnahmen in Gruppe II, eingeführt wurden, haben wir nicht den Versuch gemacht, Stillen korreliert mit dem Merkmal Sozialzugehörigkeit zu analysieren. Die Aussage wäre zu begrenzt, da Stillhäufigkeiten von mehr Faktoren als nur dem Sozialstatus abhängen.

C Rooming - in Häufigkeit

Da rooming-in nicht erst als kontrollierte, neueingeführte Variable in Gruppe II praktiziert wurde, sondern rooming-in als stillfördernde Maßnahme schon in Gruppe I vorkam, ist es wichtig zu zeigen, daß in beiden Gruppen dieser stillfördernde Faktor ungefähr gleich häufig vorkam. Schon 1951 wiesen McBryde und Durham auf den positiven Effekt des rooming-in auf das Stillen hin (6).

I rooming-in 31,6 %
II rooming-in 31,6 %

In beiden Gruppen wurde rooming-in gleich häufig praktiziert, so daß die positiven Stillergebnisse der Gruppe II nicht auf dieses Phänomen zurückgeführt werden können.

D Sectio Häufigkeit

Ein weiteres Kriterium, das einen Einfluß auf die Entscheidung Stillen oder Flaschenernährung haben könnte, und somit die Vergleichbarkeit der Gruppen in Frage stellen könnte, ist die Anzahl der Kaiserschnittentbindungen.
Bedingt durch die äußeren Umstände wie Narkose, Schmerzen, spätes Aufstehen wird eine Mutter, die ihr Kind durch Kaiserschnitt zur Welt brachte, den Säugling in vielen Fällen erst später zum erstenmal anlegen, als eine Mutter, die ihr Kind ohne Narkose spontan zur Welt brachte. In Gruppe II haben weniger Mütter durch Kaiserschnitt entbunden. Jedoch ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Gruppe I und II.

I 33 = 21,7 % Sectio Entbindungen
II 21 = 13,8 % Sectio Entbindungen

E Morbiditätsrate der Neugeborenen

Ebenso unterschieden sich Gruppe I und II nicht durch eine unterschiedliche Morbiditätsrate, was natürlich zwangsläufig die Stillfrequenz mitbeeinflußt hätte.

Kind in die Kinderklinik verlegt			
I	6 = 3,9 %	noch dort	21 = 13,8 %
II	2 = 1,3 %	noch dort	15 = 10,0 %

Geburtskomplikationen

	keine	Geburtsstillst.	andere
I	64,2 %	6,0 %	29,8 %
II	63,2 %	8,6 %	28,3 %

Auch die Überprüfung der Gruppen I und II auf das Merkmal APGAR Bewertung und Geburtsgewicht der Säuglinge ergab kein signifikant unterschiedliches Ergebnis für Gruppe I und II.

F Geschlechtsverteilung

Auch das Geschlecht des Neugeborenen soll die Mutter in ihrem Stillverhalten beeinflussen. Sie soll sich ihrem gegengeschlechtlichen Sohn gegenüber anders verhalten, als gegenüber ihrer gleichgeschlechtlichen Tochter.
Geschlechtsspezifische Faktoren mögen in der Erziehung der Kinder eine Rolle spielen. Aber die Reduzierung der Entscheidung zu stillen oder nicht zu stillen auf das alleinige Merkmal männlich oder weiblich erscheint mir ungerechtfertigt.
Das Geschlecht des Neugeborenen ist ein Merkmal von vielen, das sein Sozialbild, seine Stellung in der Familie prägt. Die Aussage " Jungen werden länger gestillt als Mädchen " kann man an Hand von statistischen Beobachtungen machen. Aber es bleibt eine statistische Beobachtung und keine kausale Beobachtung, da die Stillentscheidung von mehr als nur einem Faktor bestimmt wird.
Da nach Meinung einiger Autoren das Geschlecht des Kindes bei der Wahl der Ernährungsweise mitentscheidend ist, soll die Anzahl von Jungen und Mädchen in Gruppe I und II zeigen, daß auch dieser Teilfaktor als Einfluß auf das unterschiedliche Stillverhalten in Gruppe I und II nicht in Frage kommt.

	Mädchen	Jungen
I	81	71
II	84	68

III, 1 Hauptergebnisse

A Stilldauer und Stillfrequenz in den Gruppen I, II

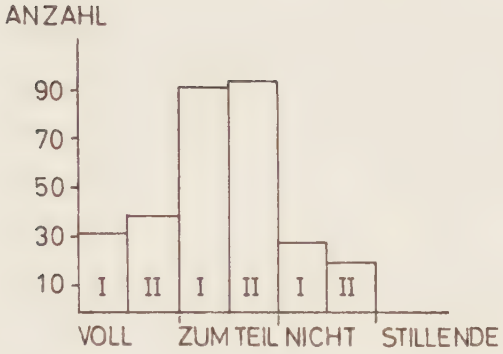
a Stillsituation am fünften Tag, nach drei Monaten und nach sechs Monaten

Die folgenden Tabellen und Graphiken sollen die geänderte Situation der Gruppe II nach Realisierung der drei Variablen - Wöchnerinnenseminare - Schwesterninformation - Frühanlegen darstellen.

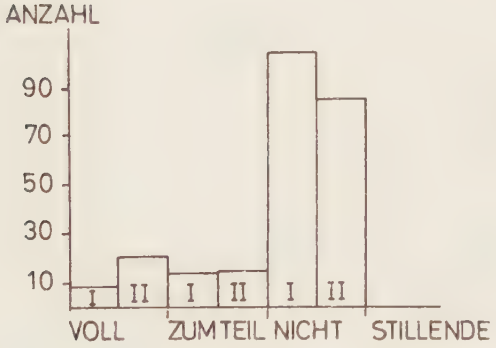
Stillsituation

		voll gestillt	gestillt + Flasche	gestillt, voll + zugefüttert
5. Tag	I	32 / 21,10 %	91 / 59,80 %	123 / 80,90 %
	II	38 / 25,00 %	94 / 61,90 %	132 / 86,00 %
nach 3 Mo.	I	8 / 5,20 %	15 / 9,87 %	23 / 15,07 %
	II	22 / 14,47 %	16 / 10,53 %	38 / 25,00 %
nach 6 Mo.	I	5 / 3,29 %	2 / 1,32 %	7 / 4,61 %
	II	11 / 7,24 %	9 / 5,93 %	20 / 13,16 %

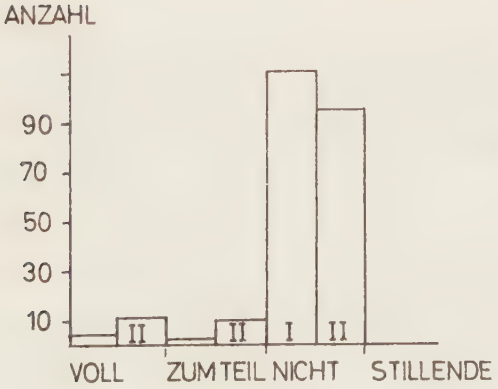
Die Prozentzahlen sind bezogen auf jeweils 152 Befragte, die Gesamtzahl jeder Gruppe.
Die Stillsituation am fünften Tag zeigt für die beiden Gruppen keinen signifikanten Unterschied. In Gruppe I werden 80,9 % aller Kinder gestillt, in Gruppe II 86,9 %. Es liegt eine Steigerung um 6 % vor. Nach drei Monaten wird der Unterschied zwischen den Gruppen deutlich. In Gruppe II werden noch 25 % der Kinder gestillt, in Gruppe I nur 15 %. Ähnlich ist die Situation nach sechs Monaten: Während hier in Gruppe I nur noch 4,61 % der Kinder gestillt werden, sind es in Gruppe II noch 13,16 %.
Die nachfolgenden Abbildungen sollen das Ergebnis verdeutlichen.



STILLSITUATION
AM 5. TAG

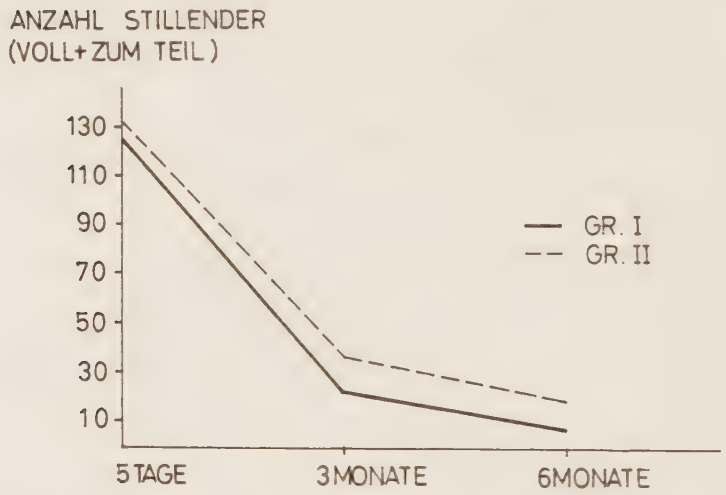


STILLSITUATION
NACH 3 MONATEN



STILLSITUATION
NACH 6 MONATEN

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Anzahl Stillender am fünften Tag nach der Geburt und die Zahl der noch Stillenden nach drei und sechs Monaten. Es ergibt sich eine Linie abnehmender Häufigkeit.



Vergleicht man Gruppe I und II, so liegt die Linie der Gruppe II für alle drei Daten über der der Gruppe I. Das heißt, in Gruppe II wird am fünften Tag nach der Geburt, nach drei und nach sechs Monaten häufiger gestillt als in der Kontrollgruppe.
Wie die Abbildungen zeigen haben die Veränderungen in der Gruppe II keinen unmittelbaren Erfolg auf das Stillverhalten der Mütter am fünften Tag im Krankenhaus gehabt, sondern es zeigt sich ein Späterfolg nach drei und sechs Monaten:
Am fünften Tag gibt es kein signifikant abweichendes Verhalten zwischen Gruppe I und II in Bezug auf das untersuchte Still-

verhalten. In Gruppe II wird zwar häufiger gestillt, aber der Unterschied zu Gruppe I ist nicht so groß, daß man diese Steigerung eindeutig als Erfolg der Stillförderung ansehen könnte.

Nach drei Monaten zeigt Gruppe II ein signifikant abweichendes Stillverhalten. Die Signifikanz beträgt 0,0254 beim Vergleich beider Gruppen. Den größten Unterschied findet man bei den Vollstillenden, während der Anteil der zum Teil-Stillenden annähernd gleich ist.

Nach sechs Monaten zeigen beide Gruppen ein noch unterschiedlicheres Verhalten. Die Signifikanz beträgt 0,0037. Jetzt unterscheiden sie sich in beiden Merkmalen - voll-Stillen und zum Teil-Stillen - deutlich.

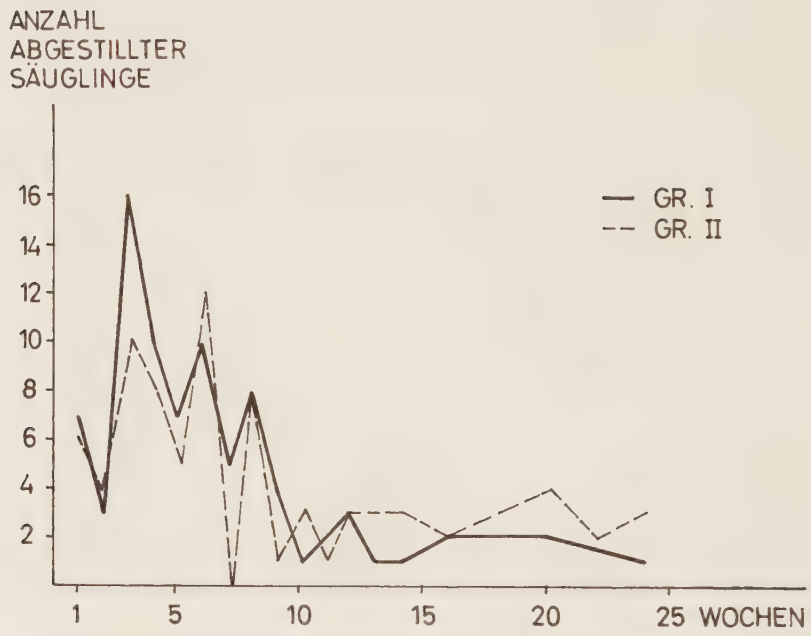
Es stellt sich die Frage, warum sich der Erfolg durch die stillfördernden Maßnahmen erst nach drei Monaten zeigt und im Krankenhaus am fünften Tag noch nicht deutlich wird.

Es liegt die Vermutung nahe, daß das routinemäßige Anlegen der Neugeborenen in den ersten Tagen nach der Geburt die Mütter veranlaßte, sich um das Stillen zu bemühen. Aber es fehlte an zusätzlichen Hilfen, wie Informationen für die Mütter und die Schwestern über das Stillen. Außerdem sind in Gruppe I weniger Säuglinge sogleich nach der Geburt angelegt worden (Gruppe I: 13, Gruppe II: 40). Diese nicht früh angelegten Säuglinge haben ihren Saugreflex nicht zum optimalen Zeitpunkt das erste Mal trainieren können und so stellt sich erfolgreiches Stillen erst verzögert ein (22).

Am fünften Tag in der Klinik bemühen sich die Mütter beider Gruppen gleichermaßen um das Stillen. So liegen die Zahlen für beide Gruppen im gleichen Bereich. Jedoch haben viele Mütter der Gruppe I im Zeitraum nach der Entlassung aus der Klinik bis zum dritten Monat abgestillt, während die Mütter der Gruppe II offensichtlich erfolgreicher stillen und deutlich weniger in diesem Zeitraum abstillen.

b Zeitpunkt des Abstillens

Die nachfolgende Grapnik zeigt die Zeitpunkte des Abstillens vergleichend für Gruppe I und II



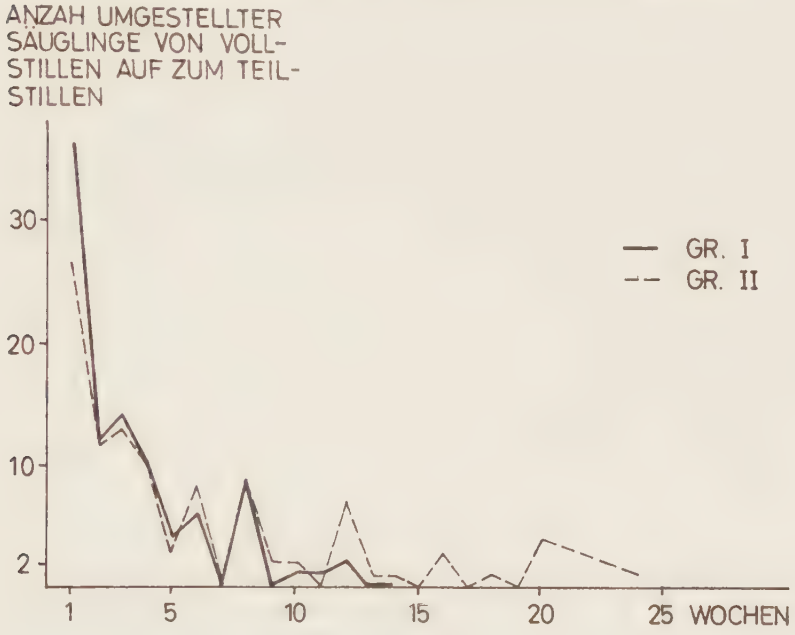
Vergleichend ist die Situation der Gruppen I und II dargestellt.

Gruppe I : Deutlicher Abstillgipfel bei drei Wochen

Gruppe II : Innerhalb der ersten drei Wochen werden weniger Kinder abgestillt als in Gruppe I (Gr. I: 26, Gr. II: 20). Der Abstillgipfel liegt erst bei sechs Wochen. Bis zu diesem Zeitpunkt haben in Gruppe I 53 und in Gruppe II 45 Mütter abgestillt.

Zusammenfassend kann man beobachten, daß der Zeitpunkt, an dem die meisten Kinder der jeweiligen Gruppe abgestillt werden, relativ früh ist. Jedoch konnte er in der Gruppe II deutlich hinausgezögert werden.

Betrachtet man die Kurve der Häufigkeiten für das Umstellen von Voll-Stillen auf zum Teil-Stillen, dann ergibt sich kein bedeutender Unterschied zwischen Gruppe I und II. In beiden Gruppen werden die meisten Kinder in der ersten Woche umgestellt.



Zusammengefaßt kann man die Ergebnisse so beschreiben:

- in Gruppe II wird häufiger gestillt
- in Gruppe II wird häufiger voll gestillt
- in Gruppe II wird länger gestillt

c Drei-Variablen-Problem

Die Ergebnisse erscheinen überzeugend und sprechen für den Erfolg der stillfördernden Maßnahmen, die vor der Befragung der

Gruppe II eingeführt wurden. Doch es ergibt sich das Problem der Kausalfrage. Da drei Variablen geändert wurden (Schwesterninformation, Mütterseminare, Frühanlegen), ist nur eine Aussage über den Gesamteffekt möglich und nicht über den spezifischen Einfluß jeder einzelnen geänderten Variable.
K. Sloper et. al. (22) berichten, daß sie durch ein einmaliges Informationsseminar für die Hebammen die Stillroutine in ihrer Klinik wesentlich beeinflussen konnten. Die Zahl der voll-stillenden Mütter bei Verlassen der Klinik stieg von 14 % auf 37 %. Setzt man eine sonst vergleichbare Situation vor und nach diesem Hebammenseminar voraus, so kann man die erhöhte Stillfrequenz eindeutig als Erfolg dieses Seminars ansehen. Im Gegensatz dazu wählten wir nicht nur die eine Variable " Schwesterninformation ", sondern gingen von der Vorstellung aus, daß alle äußeren Umstände, die einen vermeindlich positiven Effekt auf das Stillen haben, sich in dieser stillfördernden Eigenschaft ergänzen. Somit ist eine Analyse des Einzeleffektes jeder geänderten Variable nicht möglich.

d Antwortfrequenz

Die Ergebnisse nach drei und sechs Monaten kamen durch Briefkontakt mit den Müttern zustande. Während für die Befragung am fünften Tag nach der Geburt für beide Gruppen vergleichbare Voraussetzungen bestanden, da alle Patienten befragt wurden, stellt sich nach drei und sechs Monaten das Problem der Nicht-Antworter. Es fand eine Selektion statt.
Da dieser Fehler gleichermaßen in beiden Gruppen vorkam, sind sie vergleichbar und die Zahl der Nicht-Antworter ist zu vernachlässigen.

Antwortfrequenz	nach drei Monaten	I	80,00 %
		II	78,03 %
	nach sechs Monaten	I	59,09 %
		II	89,47 %

e Vergleich der Stillhäufigkeit mit Finnland

Zeigt sich in Gruppe II eindeutig der Trend zum Mehr-Stillen, so ist dies im Vergleich zu Finnland weniger positiv. Dort stillen nach drei Monaten noch 85 % der Mütter, davon 75 % voll (25). Vergleicht man die Situation der Gruppe I, vor der Durchführung der stillfördernden Maßnahmen, und die Situation der Gruppe II nach ihrer Realisierung (Voll-Stillende nach drei Monaten I: 5,2 %, II: 14,47 %), so ist eine positive Entwicklung zu beobachten, wenn die absoluten Zahlen im Vergleich mit dem stillfreundlichen Finnland auch nicht befriedigend sind.

B Der Einzelaspekt " Hautkontakt "

a Ergebnisse

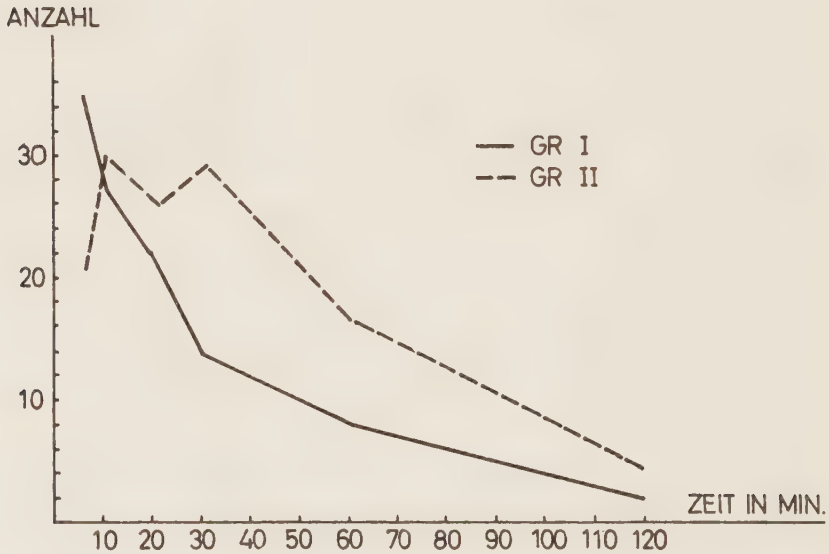
Die Zahlen des vorherigen Kapitels zeigen die positiven Ergebnisse im Bemühen um den Stillerfolg. Im folgenden soll der Versuch gemacht werden, an Hand von Einzelaspekten die positive Entwicklung näher zu analysieren.
Die zu ändernden Kriterien der Gruppe II waren
- Information der Schwestern über das Stillen
- wöchentliche Seminare für die Mütter über das Stillen
- möglichst frühes Anlegen der Neugeborenen

Der Effekt der ersten zwei Punkte läßt sich nicht näher analysieren. Punkt drei ist unterteilbar in zwei Phänomene
- Frühes Anlegen und
- Hautkontakt

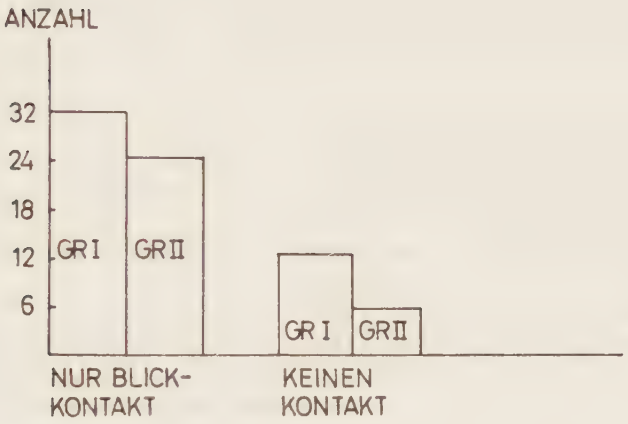
Beide Kriterien sind miteinander verwandt und machen frühes Anlegen aus (Stillen ohne Hautkontakt ist nicht denkbar). Doch beide Kriterien sind getrennt zu betrachten, denn nicht alle Mütter, die ihr Kind in den Arm gelegt bekamen, reichten ihm auch die Brust.
Im folgenden einige Zahlen, die die geänderte Situation der Gruppe II unter dem Aspekt " Kontakt der Mutter mit dem Neugeborenen " beschreiben.

	kein Kontakt	nur Blickk.	max. 5 Min.	max. 10 M.	max. 20 M.	max. 30 M.	max. 60 M.	max. 120 M.
Gr I	12	32	35	27	22	14	8	2
Gr II	6	24	21	30	24	27	16	4

Es ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Gruppe I und II. Er beträgt s = 0,0475.
Die Zahl der Mütter, die keinen Kontakt oder nur Blickkontakt mit ihrem Neugeborenen hatte, ist in Gruppe II geringer und die Zahl der Mütter, die ihr Kind lange bei sich hatte größer. Die nachfolgenden Graphiken sollen diese Situation veranschaulichen



Langer Kontakt ist in Gruppe II häufiger, kurzer Kontakt seltener als in Gruppe I.



Es stellt sich die Frage, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen langem Kontakt der Mutter mit dem Neugeborenen nach der Geburt und dem Stillerfolg.
Die nachfolgende Tabelle setzt die Stillsituation am fünften Tag nach der Entbindung in Beziehung zum Kontakt, den Mutter und Kind nach der Geburt hatten.

Kontakt		voll-gest.	z.teil gest.	nicht gest.
nein	I	0	5	7
	II	0	2	4
Blick	I	3	16	13
	II	4	8	12
3-6 Min.	I	8	20	8
	II	5	12	4
7-10 Min.	I	7	12	7
	II	9	18	3
über 10 M.	I	14	27	5
	II	20	44	7

Es zeigt sich, daß der größte Anteil der vollstillenden Mütter langen Kontakt hatte mit ihren Kindern. In Gruppe I

sind es 14 (43,75 %), in Gruppe II 20 (52,63 %) der vollstillenden Mütter. Es gibt keine Mutter, die ihr Kind vollstillt und keinen Frühkontakt mit ihm hatte. Der größte Anteil der Kinder, die nicht gestillt werden, hatte nur Blickkontakt mit ihren Müttern.

b Diskussion

Die Bedeutung des langen Kontaktes ist in Gruppe II erkannt worden und Hautkontakt zwischen Mutter und Kind häufiger und länger ermöglicht worden.
Der Wert eines ausgiebigen Zusammenseins zwischen Mutter und Kind gerade in der ersten Zeit nach der Geburt wird von M. Klaus betont und in neuen Analysen untersucht. Er spricht von einer " sensiblen Phase " unmittelbar nach der Geburt in der Mutter-Kind Beziehung, die das " Verhalten der Mutter gegenüber ihrem Kind prägt " (15). De Chateau postuliert ebenfalls die Existenz dieser frühen Prägung in der Mutter-Kind Beziehung (7).
Zu den vorangehenden Zahlen ist zu bemerken, daß sie keinen mathematischen Beweis für den Stillerfolg bei langem Kontakt im Kreissaal darstellen. Doch zeigt sich eindeutig eine positive Korrelation zwischen Voll-Stillen und langem Frühkontakt, die diese These zu bestätigen scheint.
Vor dem gleichen Problem der Bewertung stand de Chateau, als er 1976 eine Erhöhung der Stilldauer bei Kindern feststellte, die 15-20 Minuten nach der Geburt Hautkontakt mit ihren Müttern hatten. Er empfand es als schwierig für beide Gruppen, die Kontakt- und die Kontrollgruppe vergleichbare Bedingungen zu schaffen. So zieht er den Schluß, daß nicht der Frühkontakt alleine für die Erhöhung der Stilldauer verantwortlich zu machen ist, sondern daß sich die positiven Effekte mehrer Faktoren addieren (7).

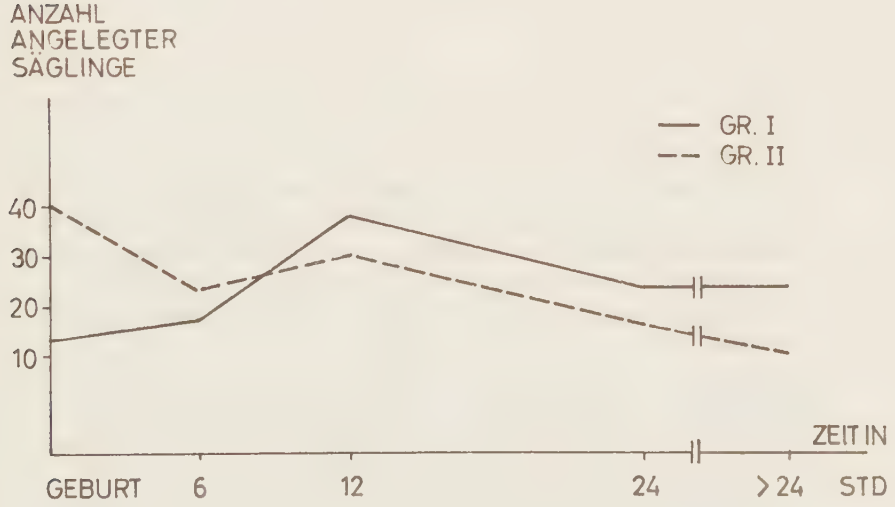
C Der Einzelaspekt " Frühanlegen "

In Gruppe II hatten die Bemühungen um möglichst frühes Anlegen

der Neugeborenen Erfolg. In Gruppe II waren es nur 13 Neugeborene, die gleich nach der Geburt die Brust der Mutter gereicht bekamen; das entspricht 11,5 % der Kinder in Gruppe I, die überhaupt angelegt wurden. In Gruppe II wurden 40 Kinder schon im Kreissaal angelegt; das sind 33,3 % der irgendwann angelegten Kinder der Gruppe II.

	gleich nach d. Geburt	bis 6 Std. p.p.	6-12 Std. p.p.	12-24 Std. p.p.	später als 24 Std. p.p.
Gr I	13	16	38	23	23
	11,5 %	14,2 %	33,7 %	20,4 %	20,4 %
Gr II	40	23	30	17	10
	33,3 %	19,1 %	24,9 %	14,1 %	8,3 %

Die Prozentzahlen sind bezogen auf die Gesamtzahl aller Kinder, die überhaupt irgendwann angelegt wurden,
in Gr. I : 113 Säuglinge von 152
in Gr. II: 120 Säuglinge von 152



Zur vorstehenden Abbildung:
In Gruppe II zeigt sich eine deutlich größere Anzahl Frühangelegter als in Gruppe I. Die Anzahl der Spätangelegten fällt linear ab, da die größere Zahl der Neugeborenen schon im Kreissaal das erste Mal die Brust gereicht bekam.
Während die Gerade der Gruppe I zum Zeitpunkt des Frühanlegens unter der der Gruppe II liegt, befindet sie sich für die Spätangelegten (später als 12 Std. p. p.) über der der Gruppe II.

Die nachfolgende Tabelle korreliert das Merkmal " Frühanlegen " mit der Stillsituation am fünften Tag.

Anlegen		voll-gest.	z. Teil gest.	nicht gest.
sofort	I	9	4	0
	II	11	29	0
1-6 Std.	I	5	11	0
	II	7	16	0
7-10 Std.	I	5	16	0
	II	11	11	0
11-12 Std.	I	3	14	0
	II	2	6	0
13-24 Std.	I	8	15	0
	II	3	14	0
über 24 Std.	I	2	20	1
	II	4	6	0

Auf die Stillsituation am fünften Tag hat das Frühanlegen entsprechend dieser Tabelle keinen Einfluß. Zwar haben die meisten voll-stillenden Mütter der Gruppe I und II ihr Kind sofort angelegt, doch die Situation der zum Teil gestillten Säuglinge ist nicht so eindeutig: Gruppe I und II verhalten sich unterschiedlich. In Gruppe I sind die wenigsten Kinder, die mit Muttermilch und Flasche ernährt werden, sofort nach der Geburt angelegt worden. Das Gegenteil trifft für Gruppe II zu: Die meisten Kinder, die mit Muttermilch und Flasche ernährt werden, sind sofort nach der Geburt angelegt worden. Dies entspricht der allgemein geänderten Situation der Gruppe II, in der möglichst viele Kinder möglichst früh angelegt werden sollten.

Vergleicht man in Gruppe II die Anzahl der Vollgestillten mit der Anzahl der zum Teil-Gestillten, so wird deutlich, daß mehr Kinder aus der Gruppe der Frühangelegten nur zum Teil gestillt werden als voll gestillt werden. Der vermutete Einfluß des Frühanlegens auf den Stillerfolg trifft für den fünften Tag nach der Geburt nicht zu.
Anders stellt sich die Situation nach drei Monaten dar.

Anlegen		voll-gest.	z. Teil gest.	nicht gest.
sofort	I	2	1	8
	II	13	5	18
1-6 Std.	I	0	1	11
	II	4	4	14
7-10 Std.	I	1	5	12
	II	2	2	9
11-12 Std.	I	2	1	13
	II	0	1	4
13-24 Std.	I	0	3	14
	II	1	1	11
über 24 Std.	I	3	2	10
	II	2	2	2

Es ergibt sich ein signifikanter Unterschied in Gruppe II der Frühangelegten zwischen den voll- und zum Teil gestillten Kindern. Es stehen 13 sofort angelegte Kinder, die vollgestillt werden im Gegensatz zu nur 5 zum Teil gestillten Kindern, die ebenfalls früh angelegt wurden. Für Gruppe II ist dieser Vergleich der voll-und zum Teil gestillten in der Gruppe der Frühangelegten nicht durchführbar, da in Gruppe I weniger Kinder früh-angelegt und weniger Kinder noch nach drei Monaten gestillt wurden.
Die 13 noch nach drei Monaten vollgestillten und im Kreissaal schon angelegten Kinder lassen an einen Späteinfluß des Frühanlegens auf den Stillerfolg denken.
Doch ist die komplexe Situation von Mutter und Neugeborenem im Kreissaal mit den verschiedensten Einflüssen, die auf beide einwirken, nicht durch ein Phänomen allein zu erklären. Das

Einzelmerkmal " Frühanlegen " ebenso wie " Ausgedehnter Hautkontakt zwischen Mutter und Kind " wird man nicht isoliert betrachten können und als alleinige Hilfsmittel zum Stillerfolg sehen können. Es ist wichtig, daß viele dieser positiven Einzelfaktoren erkannt werden, um durch ihre Kombination die optimalsten Bedingungen zu schaffen.
Nicht alleine durch das Zahlenergebnis bestätigt, glauben wir, daß Frühanlegen einen bedeutenden Aspekt für den Stillerfolg darstellt, sondern auch die physiologische Tatsache, daß Neugeborene in der ersten halben Stunde nach der Geburt den stärksten Saugreflex haben (22), weist auf dieses Phänomen hin. Den gleichen Gedanken äussert Eppink in seiner Dissertation. Er beobachtet, daß Neugeborene, die sogleich nach der Geburt an der Brust der Mutter saugen dürfen, eher erfolgreich gestillt werden können (10).

III, 2 Selbsteinschätzung der Stillfähigkeit durch die Mütter

Ausgehend von der Vorstellung, daß erfolgreiches Stillen und Vertrauen in die eigene Stillfähigkeit positiv korreliert sind, wurden die Mütter nach der Selbsteinschätzung ihrer Stillfähigkeit befragt. Es sollte untersucht werden, ob in der Gruppe, in der mehr gestillt wird, die Mütter auch mehr an ihre Stillfähigkeit glauben.
Die Tabelle zeigt die Antworten der Mütter auf die Frage,
" Glauben Sie, daß Ihre Milch reichen wird ? "

	Ja	Nein	Wahrsch. ja
Gr I	55 / 53,92 %	23 / 22,55 %	24 / 23,53 %
Gr II	77 / 73,33 %	17 / 16,19 %	11 / 10,48 %

Prozentzahlen bezogen auf: Gr I 102 Mütter, die stillten oder stillen wollten; Gr II 105 Mütter, die stillten oder stillen wollten.
Die Ursache der unterschiedlichen Antworten in Gruppe I und II ist schwer zu erfassen. Ein Einfluß durch den allgemeinen

Zeitgeist, der sich in einer stillfreudigen Einstellung in Zeitschriften und Rundfunk widerspiegelte, ist denkbar. Darüberhinaus wird die geänderte Einstellung des Pflegepersonals in Gruppe II, das die Bedeutung des Stillens einsah und vermitteln wollte, das Selbstvertrauen der Mütter nachhaltig bestärkt haben. Die signifikant größere Sicherheit der Mütter in Gruppe II, daß die Milch reichen wird (s=0,009), scheint mitbeeinflußt durch die stillfreudigere Umgebung. Es wurde möglichst viel getan, um die natürliche Stillfähigkeit zu unterstützen. Der optimale, frühe Zeitpunkt für das erste Anlegen wurde gewählt (22), Einzelheiten der Pflege wurden geändert. Zum Beispiel sollten die Kinder vor und nach dem Stillen nicht gewogen werden, auch sollte möglichst wenig zugefüttert und der strenge vier-Stunden Rhythmus variiert werden (19). Eine Untersuchung aus Finnland bestätigt, daß unter diesen Bedingungen kein gesundheitlicher Schaden für das Neugeborene zu erwarten ist. Untersucht wurden die Parameter Gewicht, Spontanhypoglykämien und Hyperbilirubinämien mit dem Ergebnis, daß self-demand feeding keinen Einfluß auf die Gesundheit des Neugeborenen hat (25). Schon 1952 wies Illingworth darauf hin, daß self-demand feeding als stillfördernde Maßnahme zu betrachten ist (14).
Diese obengenannten stillfördernden Maßnahmen haben offensichtlich durch den sich einstellenden Stillerfolg auch das Selbstbewußtsein der Mütter gestärkt, was wiederum stillfördernd wirkte. Hier ist mit den gegebenen Untersuchungstechniken keine eindeutige Analyse von Ursache und Wirkung möglich. War die Entwicklung

Optimierung der äußeren Umstände -- Stillerfolg -- stärkeres Selbstvertrauen

oder

Optimierung der äußeren Umstände -- stärkeres Selbstvertrauen -- Stillerfolg

Offensichtlich haben hier Wechselwirkungen stattgefunden, die sich gegenseitig in ihrem positiven Effekt bestärken. Bedeutend ist, daß durch Änderung äußerer Umstände Veränderungen in der Psyche der Mutter festzustellen sind, ebenso wie in ihrer Stillfähigkeit.

III, 3 Gründe für Flaschenmilchernährung

In Gruppe I und II gaben die Mütter unterschiedliche Gründe an, die sie zur Wahl der Flaschenmilchernährung veranlaßte. In beiden Gruppen wurden ähnliche Gründe aufgeführt, nur die Häufigkeiten sind unterschiedlich.

	Gr I	Gr II
1.Stelle	Persönliche Gründe der Mutter	Unreife des Neugeborenen bzw. gleich häufig allgemeine Trinkschwäche des Neugeborenen
2.Stelle	Unreife des Neugeborenen	Persönliche Gründe der Mutter
3.Stelle	Mastitis der Mutter	Die Milch reicht nicht bzw. schlechte Erfahrung bei früheren Stillversuchen älterer Kinder bzw. Unabhängigkeitswunsch der Mutter
4.Stelle	Berufstätigkeit der Mutter bzw. schlechte Erfahrung bei früheren Stillversuchen älterer Kinder	Es gibt keine Gründe

Da die Anzahl Nicht-Stillender in Gruppe I = 39 und Gruppe II nur 31 beträgt, ist die Aussagekraft für jede Gruppe sehr gering. Betrachtet man beide Gruppen zusammen ist n = 70 und somit eine statistisch verwertbare Aussage möglich. So ergeben sich folgende Gründe nicht zu stillen für alle Mütter, die die

Flaschenernährung für ihr Kind wählten, für Gruppe I und II zusammengefaßt:

1. Stelle Persönliche Gründe
2. Stelle Unreife des Kindes
3. Stelle Mastitis der Mutter
4. Stelle Schlechte Erfahrung der Mutter bei früheren Stillversuchen älterer Kinder

Diese Ergebnisse sind ähnlich wie die Erfahrungen anderer Autoren, die beobachteten, daß

- Flaschenernährung mit Mutter - zentrierten Gründen korreliert (1)
- persönliche Einschränkungen zur Flaschenernährung führten und nur ein geringer Anteil der Mütter wegen Berufstätigkeit ihr Kind stillt (3).

Im Gegensatz dazu beobachteten andere Autoren, daß nur 4 % aller Mütter a priori eine Abneigung zum Stillen hätten. Sie machen geringe Information in den Kliniken und die Werbung der Industrie für die Wahl der Flaschenernährung verantwortlich (20).

Diese letztgenannten Erklärungen entsprechen unseren und den Erfahrungen anderer Autoren, daß es lohnt, sich um die Stillförderung im Krankenhaus zu bemühen.

Diese Ergebnisse müssen unter einem gewissen kritischen Aspekt gesehen werden. Direkte Fragen sind oft nicht geeignet, die wahren Ursachen zu erfassen. Viele Mütter wußten vielleicht nicht, warum sie zur Flaschenmilchernährung griffen oder wollten ihre wahren Gründe nicht mitteilen und wählten daher die für sie günstigsten Antwortmöglichkeiten, wie zum Beispiel die vielgewählte und wenig informative Aussage " Ich stille nicht aus persönlichen Gründen ". In allen Auswertungsmöglichkeiten wurde diese Aussage am häufigsten gewählt. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache sind die Angaben über die Gründe der Mütter mit Vorsicht zu interpretieren. Es ist lediglich eine Tendenz festzustellen, Mutter-zentrierte Gründe anzugeben, sei es, weil die Mütter ihre wahren Gründe nicht kannten oder diese als Ausweichantworten wählten.

III, 4 Rückgang der Milchproduktion aus der Sicht der Mütter

In Fragebogen II, nach drei und sechs Monaten, wurden die Mütter gefragt, warum nach ihrer Meinung die Milchproduktion zurückginge. Die Antworten der Mütter nach drei Monaten waren für Gruppe I und II vergleichbar.
Die Milchproduktion ging zurück durch:

	Gr I	Gr II
1.Arbeit in Haushalt und Familie	48 / 35,56 %	49 / 37,69 %
2.Psychische Ursachen	39 / 28,89 %	40 / 30,77 %
3.Die Milchproduktion ist nicht beeinflußbar	16 / 11,85 %	18 / 13,85 %
4.Krankheit der Mutter	15 / 11,11 %	13 / 10,00 %
5.Beruf der Mutter	10 / 7,41 %	8 / 6,15 %
6.Einfache Herstellung der Flaschennahrg.,kennengelernt durch Werbegeschenke	7 / 5,19 %	2 / 1,54 %

Prozentangaben bezogen auf die Antwortfrequenz
Gruppe I = 135 / 88,82 % des Gesamtkollektivs
Gruppe II = 130 / 85,53 % des Gesamtkollektivs

Die Mütter, die diese Fragen nach sechs Monaten nochmals beantworteten oder auch jetzt zum erstenmal antworteten - das heißt bei denen die Milchproduktion zwischen dem 3. und dem 6. Monat abgenommen hatte - antworteten wie folgt:

Gr I	Gr II
1. Psychische Ursachen	1. Psychische Ursachen
2.3.Die Milchproduktion ist nicht beeinflußbar bzw. Krankheit der Mutter	2. Arbeit in Haushalt und Familie
4.5.Arbeit in Haushalt und Familie bzw. Beruf der Mutter	3. Beruf der Mutter
	4.5.Krankheit der Mutter bzw. Milchproduktion ist nicht beeinflußbar

Nach drei Monaten ist die Situation in beiden Gruppen vergleichbar. Die " Arbeit in Haushalt und Familie " neben " Psychischen Ursachen " sind die Hauptgründe, die die Mütter für den Rückgang ihrer Milchproduktion als verantwortlich ansehen. Beide Gründe weisen auf die Tatsache hin, daß Stillen nicht mehr als natürlich integrierbar in das alltägliche Familienleben angesehen wird. Stillen stellt eine außerordentliche Anforderung dar, die im üblichen Leben nicht mehr zu bewältigen ist.
Bei den Antworten der Frauen, die zwischen dem 3. - 6. Monat die Ursachen des Rückgangs der Milchproduktion erläutern, sind unterschiedliche Angaben zwischen Gruppe I und II zu beobachten. Gemeinsam ist beiden Gruppen, bevorzugt nicht konkret faßbare Ursachen zu wählen, wie " Psychische Ursachen ".
Da Gruppe I und II getrennt betrachtet jeweils eine kleine Stichprobe ergeben, ist die Aussage über ein größeres Kollektiv relevanter. Faßt man Gruppe I und II zusammen, ist wiederum die Aussage, daß " Psychische Ursachen " verantwortlich sind für den Rückgang der Milchproduktion an 1. Stelle, charakteristisch.

Zusammengefaßt ist zu beobachten, daß die Mütter nach drei und sechs Monaten als Hauptursache für den Rückgang der Milch
- psychische Ursachen und
- die Arbeit in Haushalt und Familie ansehen.

Beide Gründe weisen auf die Desintegration des Stillens in die alltäglichen Lebensformen hin. Stillen wird nicht als ursprünglich natürliche Fähigkeit der Mutter angesehen. Die Mütter sind durch äußere Umstände und durch innere Konflikte überfordert, so daß erfolgreiches als nicht möglich erscheint.
Kritik an den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten ist denkbar. Doch enthalten die Aussagen verschiedene Tendenzen und wurden gewählt, um eine einheitliche und auswertbare Aussagebreite zu ermöglichen. Es wurden Antwortmöglichkeiten vorgegeben, die innere und äußere Konflikte ermöglichen sollten.

III, 5 Informationsquellen

A Hauptinformationsquellen

1975 beobachtet J. M. Wenderlein (26), daß das Wissen über das Stillen der wichtigste Faktor für die positive Einstellung zum Stillen ist. Je geringer die Information über das Stillen war, um so weniger Bedeutung maßen die Mütter dem Stillen bei.

S. C. Stone weist auf die Bedeutung der frühen Information der Schwangeren über das Stillen hin. Für ihn bedeutet Wissen, Information gleich einer Voraussetzung für erfolgreiches Stillen (24).

Uns interessierte, woher die Frauen unseres befragten Kollektivs ihre Informationen über das Stillen bekamen.

	Gr I	Gr II
Zeitschriften und Bücher	47,4 %	28,9 %
Eigene Erfahrung	27,0 %	19,1 %
Nachbarn und Freunde	10,5 %	5,3 %
Read Kurs	9,2 %	12,5 %
Werbung der Säuglingsnahrungsfirmen	4,6 %	4,6 %
Schwangeren Vorsorge Khs.	4,6 %	10,5 %
Schwangeren Vorsorge niedergel. Arzt	2,6 %	7,2 %

Prozentangaben bezogen auf je 152 befragte Mütter.

In beiden Gruppen wurden am häufigsten Zeitschriften und Bücher als Informationsquellen angegeben, gefolgt von Kenntnissen aus eigener Erfahrung durch frühere Geburten. Erst an 3. (für Gruppe I) und 6. (für Gruppe II) Stelle werden Freunde, Verwandte und Bekannte als Informanten aufgezählt. Grundsätzlich verschieden sind die Ergebnisse einer Untersuchung, veröffentlicht 1976 im British Medical Journal. Zweihundert Mütter gaben an erster Stelle an, bei der Entscheidung, ihr Kind zu stillen oder mit der Flasche zu ernähren, durch die eigenen Gefühle beeinflußt worden zu sein, gefolgt von Einflüssen durch Ehemann, Mutter und Freunde. Interessant ist, daß sowohl Mütter, die stillten als auch Mütter, die ihr Kind mit künstlichen Milchprodukten ernährten, in dieser Reihenfolge der Häufigkeiten

antworteten.
Eine direkte Information zum Beispiel von Mutter zu Tochter oder von Frauen mit Stillerfahrung zu Wöchnerinnen und Schwangeren fand in unserem Kollektiv selten statt.
In der Literatur finden sich unterschiedliche Meinungen darüber, ob Mütter, die selbst gestillt wurden, auch häufiger ihr Kind stillen. I. Günther schreibt in einer Untersuchung über das Stillverhalten der Frauen in Düsseldorf (12), daß dieser Faktor keinen Einfluß auf die Wahl der Ernährungsweise habe. Dagegen sahen andere Autoren eine deutlich größere Stillhäufigkeit bei Frauen, die selbst gestillt wurden (3). Mir erscheint diese Beobachtung verständlich, da in Familien, in denen gestillt wird, diese Ernährungsweise als natürlich und unproblematisch betrachtet und tradiert wird. Auch sind auftretende Probleme einfacher zu lösen, da erfahrene Ansprechpartner vorhanden sind. Unsere Befragung nach den Informationsquellen zeigt, daß die Familie als Urzelle des Stillens weitgehend zurückgedrängt ist. Die Großmütter verfügen über keine ausreichende Stillerfahrung mehr, ihre Töchter finden keinen persönlichen Rat und suchen ihre Information in Büchern und Zeitschriften.

B Mangelnde Informationen durch den medizinischen Versorgungsbereich

Sah I. Günther 1973 noch 58 % der Mütter von Ärzten und Hebammen bei der Wahl der Ernährungsweise ihres Neugeborenen beeinflußt (12), so ist bei uns eine deutlich geringere Prozentzahl der Mütter durch den medizinischen Versorgungskreis über das Stillen informiert worden. Die Schwangerenvorsorge als Informationsquelle steht in Gruppe I an letzter Stelle. Eine ähnlich geringe Aufklärung durch das medizinische Versorgungspersonal, und somit eine verpaßte Chance der Information durch die Ärzte fanden C. J. Bacon et al. 1976 in New Castle, wo nur 6 % der Befragten angaben, von Ärzten und Schwestern über das Stillen informiert worden zu sein (3). Das ungenügende Wissen der Ärzte über das Stillen wird auch von Harris beschrieben:

Von 49 befragten Ärzten meinten 44, daß Muttermilch alleine nicht zur Ernährung des Säuglings reiche (13).

C Reaktion der Frauen

Das öffentliche Bewußtsein stillwilliger Mütter scheint die Situation erkannt zu haben:

- Selbsthilfegruppen werden gegründet, um der mangelnden personellen Unterstützung im Krankenhaus entgegenzuwirken.

In diesem Zusammenhang sei auf die zunehmende Bedeutung von " La Leche League " und vieler örtlicher privater Stillgruppen hingewiesen.

- Der Unmut über das unzureichende Problembewußtsein des Klinikpersonals wird in zahlreichen persönlichen Erfahrungsberichten betroffener Mütter in Büchern und Zeitschriften geäußert (5, 8, 9, 17).

Frauen berichten von ihren negativen Erfahrungen auf der Wöchnerinnenstation, vermitteln Frauen ihre Erfahrungen und zeigen Alternativen auf, trotz der Widerstände und festgefahrenen Routine erfolgreich zu stillen. Diesen Veröffentlichungen liegt der Gedanke zu Grunde, daß Information, Wissen, Selbstvertrauen und Selbstbewußtsein eine große Hilfe um das Bemühen um erfolgreiches Stillen sind, mir erscheint der zur Zeit zunehmende Trend zur Hausgeburt eine Flucht vor den starren Prinzipien und der stillfeindlichen Atmosphäre in den Geburtskliniken zu sein. Nicht reglementiert, den eigenen und den Bedürfnissen des Neugeborenen entsprechend, ist es zu Hause einfacher früher erfolgreich zu stillen (21).

Zusammengefaßt ist festzustellen, daß es an direkten Ansprechpartnern für die Schwangeren und Wöchnerinnen fehlt und daß die stillwillige Mutter zur geschriebenen Information greifen muß. Die eigene Mutter stammt aus einer stillfeindlichen Zeit, die Hebamme hat ihre traditionellen Aufgabenbereiche verloren - die Betreuung der Wöchnerin und die Pflege des Neugeborenen liegen nicht mehr in ihren Händen -, die Ärzte können keine ausreichende Information geben, da ihnen zum Teil selbst das Wissen fehlt.

D Einfluß der Industrie

In beiden Gruppen geben 4,6 % der Frauen an, in ihrer Entscheidung zu stillen oder künstliche Produkte zur Ernährung des Neugeborenen zu wählen, durch die Werbung der Säuglingsnahrungsindustrie beeinflußt worden zu sein. Die tatsächliche Zahl der Frauen, die durch diese einseitige Quelle informiert wurde, wird über der genannten Zahl liegen, denn Werbung informiert nicht rational sondern beeinflußt den Konsumenten unbewußt. So erhielten 4,6 % der Frauen keine objektive Information sondern wurden durch einseitige, gezielte Aussagen der Industrie beeinflußt. Es bleibt zu überlegen, wie dieser Einfluß der Industrie reduziert werden könnte:
An erster Stelle wäre die Unterbindung der Werbung auf den Säuglingsstationen zu nennen, wo jede Mutter beim Verlassen der Klinik ein Paket von künstlichen Milchprodukten erhält.
Zweitens: Keine Werbung der Industrie in Informationsschriften der Ärztekammer über Schwangerschaft und Geburt (2). Hier wird zwar kurz die Möglichkeit des Stillens erwähnt, doch gleichzeitig strahlen glückliche Flaschenkinder auf seitengroßen Reklamen.
Erwähnt sei in dieser Liste der Negativ-Beispiele auch die kinderfreundliche Zeitschrift " ELTERN ". Zwischen den Seiten eines langen Artikels über die " Sünden in den Geburtskliniken ", der über das stillfeindliche Verhalten informieren soll, findet man eine ganzseitige farbige Werbung für ein künstliches Milchprodukt mit beigefügtem Gutschein für eine kostenlose Probe (9).
Hier scheinen wirtschaftliche Gedanken den Idealismus für das Stillen zu entkräften.

III, 6 Zusammenfassung

Im Zeitraum vom 06.06.1978 - 14.08.1978 und 22.01.1979 - 19.04.1979 wurden an der Universitäts Frauenklinik in Düsseldorf 304 Wöchnerinnen mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens nach ihrem Stillverhalten befragt.
Gruppe I (06.06.78 - 14.08.78) diente als Kontrollgruppe. Ihre Ergebnisse stellen die Ausgangssituation dar. Nach Befragung von Gruppe I wurden drei Variablen neueingeführt:
- wöchentliche Seminare über das Stillen für die Mütter
- gezielte Stillinformationen für die Schwestern
- möglichst frühes Anlegen der Neugeborenen.
Gruppe II zeigt ein von Gruppe I abweichendes Stillverhalten:
Die Stillhäufigkeit am fünften Tag konnte nur minimal gesteigert werden

Gruppe I	80,90 % Stillender
Gruppe II	86,90 % Stillender

nach drei Monaten zeigt sich ein deutlicher Unterschied im Stillverhalten von Gruppe I und II

Gruppe I	15,07 % Stillender
Gruppe II	25,00 % Stillender

ebenso nach sechs Monaten

Gruppe I	4,61 % Stillender
Gruppe II	13,16 % Stillender.

Die Zunahme der Stillhäufigkeit zeigt sich vor allem in einer Steigerung des Voll-Stillens.
Den Müttern der Gruppe II wurde ausgedehnter mit ihrem Neugeborenen und häufiger frühes Anlegen ermöglicht als in Gruppe I.
Die lange voll-gestillten Kinder der Gruppe II erfüllten beide Kriterien: Sie hatten lange Kontakt mit ihren Müttern und wurden früh angelegt.
Das Selbstvertrauen der Mütter in Gruppe II in Bezug auf ihre Stillfähigkeit ist größer als das der Mütter in der Kontrollgruppe.
Die Mütter, die ihr Kind mit der Flasche ernährten, nannten persönliche Gründe und Unreife des Neugeborenen als Hauptgründe das Kind nicht zu stillen.
Psychische Ursachen und die Arbeit in Haushalt und Familie

wurden am häufigsten für den Rückgang der Milchproduktion der stillenden Mütter verantwortlich gemacht.
Die Informationen der Mütter aus Gruppe I und II über das Stillen wurden ihnen nur selten von Freunden, Verwandten oder Bekannten vermittelt, noch seltener von den Ärzten, die sie in der Schwangerschaft betreuten; vielmehr dienten geschriebene Informationen als Hilfe zum erfolgreichen Stillen.
Die Vergleichbarkeit der Gruppen I und II in Bezug auf die Anzahl der Befragten, ihre Nationalitäten, soziale Gliederung der Kollektive, rooming-in Häufigkeit, Anzahl der Sectio-Entbindungen, Morbiditätsrate der Neugeborenen und ihre Geschlechtsverteilung ist gewährleistet. Somit kann Gruppe I und II als vergleichbar betrachtet werden, nur unterschieden durch die neu eingeführten Variablen: Frühanlegen - Stillinformation für die Schwestern und - Stillseminare für die Wöchnerinnen.

III, 7 Literaturangaben

1. Adams, A. B.: Choice of infant feeding technique as function of maternal personality
J. Consult Psychol. 23 : 143, 1959
2. Ärzte und Schwangerschaft
Ausgabe 1, 1979
3. Bacon, C. J.; Wycie, J. M.: Mother's attitude to infant feeding at New Castle general hospital
British medical Journal 1, 308-309, 1976
4. Bernac, J.; Richards, M. P.; The effects of bottle and breast feeding
Journal of Psychosomatic Research,
Vol. 14 p. p., 247-252, 1970
5. Boßmann, D.: Mütterfeindlichkeit
Reinbek bei Hamburg, Dezember 1979
6. Chateau, P. de: Neonatal Care routines: Influences on maternal and infant behaviour and on breast feeding
University Medical Dissertation, Umea, Sweden, 1976
7. Ehler, M.: Ich will mein Kind stillen
Wuppertal, 1978
8. Eltern 5, 42-50, 1978
9. Eppink, H.: An experiment to determine a basis for nursing decisions in regard to time of initiation of breast feeding
(Ed. D. Dissertation)
Detroit: Wayne State University, Universal Microfilms, In. C. No. 69-14, 668, 1968
10. Gilbert, Martinez, Naleszienski: The Recent Trend in Breast feeding
Pediatrics, 64, 5, 686-692, 1979
11. Günther: Untersuchungen über das Stillverhalten der Frauen in Düsseldorf
Diss., Düsseldorf, 1973

12.Harris, L. E.; Chan, J. D.: Infant feeding practices
Am. J. Diseases Children, 117 : 483, 1969
13.Illingworth, R. S.; Stone, D. G. H.: Self demand feeding in a maternity unit
Cancet, 1 : 683, 1952
14.Klaus, M. H.; Kennell, J. H.: Maternal-Infant Bonding
St. Louis, Mosby, 1976
15.Kleining, Moore: Erweiterte Soziale Selbsteinschätzung
Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 20, 502-552, 1968
16.Lothrop, H.: Das Stillbuch
München, 1980
17.McBryde, A.; Durham, N. G.: Compulsory rooming-in in the ward and private newborn service at Duke Hospital
Jama, 145 : 625, 1951
18.Martinez, Gilbert, Naleszienski: The Recent Trend in Breast feeding
Pediatrics, 64, 5, 686-692, 1979
19.Mobbs, E. J.: Breast-Feeding, Rooming-in, Demand Feeding and Houses of Correction
Med. J. Austr., 2 : 339-341, 1973
20.Rossi, E.: Die natürliche und die künstliche Ernährung des Säuglings
Monatsschrift für Kinderheilkunde, 128, 161-165, 1980
21.Samuel, K.: Untersuchungen zum Stillproblem
Diss., Universität Düsseldorf, 1955
22.Schmidt, E.: Die Kunst des Stillens
Altendorf, 1979
23.Sloper, K.; Kean, C. Mc. et al.: Factors influencing breast feeding
Archives of Diseases in childhood
50, 165-170, 1975
24.Stone, S. G.: Management of nursing and non nursing mothers
Clinical obstretics a gynaec.
Vol. 18,2 : 138, 1975

25.Verronen, P. et al.: Promotion of Breast Feeding: Effect on neonates of change of feeding routine at a maternity unit
Acte Paediatr. Scand. 69 : 279-283, 1980

26.Wenderlein, J. M.: Mutter-Kind-Beziehung und Stillen
Geburtsh. u. Frauenheilk., 35 : 779-782, 1975

Herrn Prof. Dr. E. Schmidt danke ich für
die freundliche Überlassung des Themas,
sowie für seine Ratschläge bei der
praktischen Durchführung der Arbeit.

Herrn Prof. Dr. L. Beck danke ich für die
Möglichkeit zur Durchführung der Untersuchung
an seiner Geburtshilflichen Klinik.

Bei Herrn Dr. Willers möchte ich mich für
die Hilfe bei der Auswertung der statistischen
Erhebungen bedanken.

Lebenslauf

Am 08.12.1955 wurde ich als Tochter der Eheleute Gerhard und Maria Kahlen geborene Odenthal in Düsseldorf geboren.
Von 1962 bis 1966 besuchte ich die Katholische Volksschule an der Fleher Strasse.
Ab 1966 besuchte ich das St.- Ursula - Gymnasium in Düsseldorf, an dem ich 1974 die Reifeprüfung ablegte.
Im selben Jahr erfolgte meine Immatrikulation an der Universität Düsseldorf im Fachbereich Humanmedizin.
1976 bestand ich das Physikum
1977 das 1. Staatsexamen
1979 das 2. Staatsexamen
1980 das 3. Staatsexamen.
Am 30.08.1977 Heirat mit Hans Peter von Ditfurth.
Zur Zeit arbeite ich als Assistenzärztin im Fachbereich Anaesthesie.